

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 11

L'EUTHANASIE

ET LES MÉDECINS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 26 novembre 1928

PAR

Georges-Charles-Marie-Paul MOUSTARDIER

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

N° à MARSILLARGUES (Hérault) le 25 avril 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur.....	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		CREYX, agrégé.....	
		R. SIGALAS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929 — N° 11

L'EUTHANASIE

ET LES MÉDECINS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 26 novembre 1928

PAR

Georges-Charles-Marie-Paul MOUSTARDIER

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à **MARSILLARGUES** (Hérault) le 25 avril 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CRUCHET, professeur.....	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		CREYX, agrégé.....	
		R. SIGALAS, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.....	FOURMENT.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Paériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A MA FEMME

A MON FRERE

A MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON GRAND'ONCLE
L'ABBE MOUSTARDIER

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CABANNES,

*Oculiste des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CREYX,

*Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

*Professeur de Clinique médicale des maladies des enfants à la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.*

*Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il veuille bien agréer notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, nous croirions manquer à un devoir si les premiers mots de ce modeste travail n'étaient pour ceux dont le dévouement, les conseils et l'amitié contribuèrent à notre formation médicale.

Qu'ils veuillent bien agréer aujourd'hui nos remerciements et l'hommage de notre reconnaissance.

Cette reconnaissance ira d'abord à notre père, dont le travail opiniâtre, la constance et la probité nous ont permis de mener à bonne fin notre entreprise, mais aussi à notre mère, à laquelle il nous est doux d'exprimer notre amour filial.

A notre femme, compagne fidèle et charmante de notre dernière année d'études, nous offrons en gage de notre reconnaissance et de notre amour ce modeste travail en l'assurant de notre profond attachement.

Il nous est particulièrement agréable de remercier nos maîtres de la Faculté de Bordeaux pour l'enseignement qu'ils nous ont donné avec autant de science et de dévouement.

Nous nous souviendrons toujours de l'accueil bienveillant que nous fit M. le professeur Cabannes et des conseils éclairés qu'il a su nous donner pour l'élaboration de notre thèse. Nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre profonde gratitude, tout en regrettant qu'un congé, qui le tient momentanément éloigné de la Faculté, l'ait empêché de faire partie de notre jury de thèse.

A M. le professeur Lande, qui nous accueillit si aimablement dans son laboratoire de médecine légale, à MM. les profes-

seurs Cassaët, Verger, Sabrazès, Chavannaz, Bégouin, Duvergey et Guyot, nous exprimons toute notre reconnaissance.

Notre gratitude ira aussi à M. le professeur Rémond, de la Faculté de Toulouse, à l'amabilité toute cordiale. Il nous a aidé de ses conseils dans notre travail; nous ne saurions trop l'en remercier.

A M. le docteur Jean Villar, chef de clinique gynécologique, qui fut pour nous un ami en même temps qu'un conseiller éclairé, nous exprimons nos remerciements les plus sincères.

L'EUTHANASIE

ET LES MÉDECINS

INTRODUCTION

« La vie est un cercle de douleurs. »

(VOLTAIRE.)

Lorsque, pour la première fois, jeune étudiant en médecine, nous franchîmes la porte de l'Hôpital général de Montpellier, ce fut pour rentrer dans le service des incurables du professeur Rimbaud. Là, dans cette salle où enseignait le maître montpelliérain, nous fûmes frappé par cette rangée interminable de lits, dans lesquels des vieillards aux visages tristes et graves paraissaient somnoler en attendant la mort libératrice de leurs maux.

Aortiques et emphysémateux, tuberculeux et hémiplegiques, bronchitiques et tabétiques, névropathes et asthmatiques, cardiaques et cancéreux, tous de pauvres êtres qui finissaient là leur existence et qui souffraient tous, sinon de la même cause, du moins du même mal : la douleur.

Aussi, dès le début de notre carrière médicale, nous nous sommes intéressé au sort de ces malheureux êtres, cloués sur leur lit de souffrance, qui s'accrochent désespérément à la vie et que terrasse une terrifiante agonie.

Plus tard, un fait divers lamentable, raconté et commenté par les journaux, attira notre attention.

A l'Hospice de Villejuif, une jeune femme, Mme Uminska, meurtrière par compassion, tue son mari atteint d'un cancer incurable, et le même bras qui, quelques jours auparavant s'était offert généreusement à la transfusion pour tenter de sauver le malade, abat d'un coup de revolver l'homme aimé cependant jusqu'au sacrifice, pour le délivrer de ses intolérables souffrances.

Quelle ne fut pas notre joie, lorsqu'en novembre 1925 nous eûmes le plaisir d'écouter le discours magistral prononcé à l'ouverture des Facultés, à Montpellier, par le professeur Forgues.

Dans son brillant discours, le grand chirurgien montpelliérain nous parla de l'euthanasie sous son quadruple aspect, légal, moderne, littéraire et médical, en posant dès le début de son sujet cette grave question : « A-t-on le droit de tuer pour mettre fin à la douleur ? »

Sous le charme de sa parole, nous fûmes ravis à un tel point que nous pouvons affirmer aujourd'hui que ce discours est à l'origine de notre travail.

A partir de ce jour, tout ce qui, dans la littérature médicale et le roman, traitait de ce sujet passionnant nous intéressa vivement, et, arrivé au terme de nos études médicales, sur les conseils de M. le professeur Cabannes, nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons certes pas la prétention d'émettre formellement notre opinion, car l'on ne nous a point caché la difficulté et la hardiesse même du sujet pour notre jeune esprit, mais nous avons tâché, au cours de cette étude, de rendre notre travail le plus intéressant possible.

Nous avons décidé de ne pas nous écarter du point de vue strictement médical, en ne traitant la question euthanasique que dans ses rapports avec le médecin.

Certes, l'étude littéraire et philosophique de l'euthanasie ne manque pas d'intérêt. Elle a été traitée par de nombreux romanciers, journalistes et philosophes, qui en sont d'ailleurs ses plus ardents défenseurs.

Le roman moderne, qui emprunte volontiers aux textes scientifiques, a traité l'euthanasie d'une façon réaliste, et, parmi les nombreux auteurs qui dans leurs œuvres ont développé et soutenu cette idée de la mort douce, nous ne citerons que les romans de Benson, *Le Maître de la Terre*, où est exposée une conception scientifique mais combien odieuse du suicide provoqué et devenu légal; et celui de Wells, *Les Anticipations*, où l'euthanasie légale règne dans une société idéale.

Le journal, toujours à l'affût d'une question d'actualité, n'a pas manqué de commenter chaque fois ces faits de suicide provoqué; et l'acte de suprême charité de Mme Uminska lui a fourni dernièrement une chronique sensationnelle plutôt exubérante.

Le théâtre même s'en est emparé, et, lors de sa récente tournée, en juin dernier, à Bordeaux, la troupe du Grand-Guignol nous a joué une pièce de René Berton, *Le Droit de tuer*, d'une excellente tenue théâtrale certes, mais, « de quoi troubler, entre dix heures et minuit, la digestion des bons bourgeois », comme le dit si spirituellement le professeur Forgues.

Les philosophes ont aussi abordé cette question, qui fait un peu partie de leur domaine.

Thomas Morus, au xvi^e siècle, dans son livre *Utopia*, et Francis Bacon, à la fin du même siècle, dans son traité *Novum organum*, nous en ont donné une étude approfondie et fort intéressante.

De nos jours, Maeterlinck, dans son livre *La Mort*, a essayé de résoudre cette question fort délicate de la mort douce, et le long plaidoyer philosophique qu'il en donne ne manque pas d'intérêt.

Mais la plupart des médecins se sont élevés contre cet état d'esprit, contre cette euthanasie, création irréfléchie de littérateurs ou de philosophes en mal d'utopie; ils ont largement combattu cette tendance au suicide provoqué devenu légal; et de cela il faut les en louer.

Après avoir donné une définition à peu près complète, et exacte

de l'euthanasie, nous en ferons une étude historique et légale depuis les peuples primitifs jusqu'à nos jours.

Nous consacrerons ensuite deux chapitres à l'étude de l'agonie. Cette étude paraîtra peut-être superflue dans notre travail sur l'euthanasie. Nous avons cru bon, cependant, d'étudier cette dernière manifestation de toute maladie qui s'achemine progressivement vers la mort.

Elle nous servira dans notre argumentation contre les partisans de l'euthanasie, qui basent leur théorie sur cette manifestation si souvent trompeuse. Nous nous attacherons surtout à la description des causes qui rendent si souvent cette agonie douloureuse. Douleur physique d'abord, compagne abhorrée de nombreuses maladies, mais douleur morale aussi au moment où la Camarde dresse son fantôme effroyable aux yeux du moribond épouvanté, qu'une dernière étincelle de vie anime du désir immodéré de vivre.

Et, dans les deux derniers chapitres, nous étudierons d'abord les arguments irréfutables que le médecin oppose à l'euthanasie, et ensuite nous essayerons de montrer quel doit être son devoir en face de ces agonies si pénibles pour le malade et pour l'entourage.

Nous dirons quel doit être son rôle et montrerons ce qu'à l'heure actuelle, en matière d'euthanasie, le médecin après avoir tenté l'impossible pour sauver son malade, fait ou est en droit de faire pour mériter que s'applique à son nom ce précepte de déontologie médicale du grand médecin Guy de Chauliac :

« Sauver le corps, et non le détruire, appartient au bon médecin, et non au mauvais. »

Aussi est-ce avec la joie d'avoir contribué, bien humblement sans doute, à l'étude si passionnante de ce sujet d'actualité, que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation bienveillante de nos juges ce modeste travail.

Et, si nous avons fait œuvre utile en dénonçant le danger moral et social de cette impossible euthanasie, nous serons largement récompensé de notre tâche, et fier de notre labeur.

CHAPITRE PREMIER

Qu'est-ce que l'euthanasie?

Le mot n'est pas nouveau, il a été créé au xvii^e siècle par le grand philosophe anglais Bacon dans son traité *Novum organum*.

Ce mot dérive du grec, de *eu* : bien et *θανατος* : mort, étymologiquement bonne mort.

Voici les différentes définitions qu'en donnent les divers dictionnaires :

Litttré : « Bonne mort, mort douce et sans souffrances. »

Larousse : *Méd.* « Mort douce, sans souffrances »; *Philos.* « Science de rendre la mort douce, d'après F. Bacon. »

Litttré et Gilbert : « Mort arrivant au milieu d'un sommeil provoqué afin d'éviter une agonie douloureuse. »

Garnier et Delamarre : « Mort exempte de souffrances naturellement ou grâce à l'emploi de substances calmantes ou stupéfiantes comme la morphine, le chloral et le chloroforme. »

D'après ces quelques définitions nous pouvons nous faire une idée de ce qu'est l'euthanasie : c'est la douce mort, la mort sans combat et sans souffrances, en somme c'est une bonne pilule.

En matière d'euthanasie, nous devons distinguer l'euthanasie naturelle et l'euthanasie artificielle ou provoquée. L'euthanasie naturelle, c'est la mort physiologique du vieillard parvenu à la limite extrême de la vie décrite par Bichat, celle où selon Dastre « le besoin de la mort apparaît à la fin de la vie comme le besoin du sommeil arrive à la fin du jour ».

C'est une mort calme lorsque les fonctions vitales s'éteignent peu à peu et, comme le dit Morache, « l'agonie qui se déroule peut être qualifiée d'euthanasie, d'agonie tranquille ».

Dans notre travail nous nous occuperons seulement de l'euthanasie artificielle, telle que la définissent Garnier et Delamarre : cette mort exempte de souffrances, cet apaisement des minutes suprêmes que l'on demande aux substances calmantes ou stupéfiantes. Cette euthanasie provoquée, c'est le suicide agréable réalisé par le malade ou par le médecin, c'est, comme le dit le professeur Forgues, « le droit à l'exeat ». Toutefois, cette euthanasie artificielle, à l'heure actuelle seulement demandée au cours d'une maladie avec agonie terrifiante et extrêmement douloureuse, peut intervenir en pleine santé.

Ce sont, alors, la mort en beauté de Sénèque, la mort de Pétrone, la mort de Diagoras le jour où ses trois fils furent couronnés aux Jeux olympiques ou encore la mort de cette nonagénaire en pleine santé d'esprit et de corps que relate Valère Maxime « par crainte d'essuyer dans l'avenir les rigueurs du sort jusque-là favorable, en tenant trop à la vie ».

CHAPITRE II

« Quant à ceux dont le corps
est mal constitué, on les laissera
mourir. »

(PLATON, *République*.)

Les pratiques de l'euthanasie remontent aux premiers groupements humains.

En effet, il était de règle chez les Germains de tuer les vieilles gens et de mettre à mort les malades chroniques en les enterrant vivants.

En Birmanie, chez les Karènes, l'incurable devait se pendre.

En Sardaigne, les vieillards étaient exterminés à coups de massue par leurs propres fils ou parents.

Dans l'antiquité, l'euthanasie était généralement admise. En Grèce, il existait des théories platoniciennes qui supprimaient les incurables. A Sparte, on poursuivait la beauté de la race par l'eugénésie et l'euthanasie.

Strabon raconte que dans l'île de Cos il existait une coutume particulière d'euthanasie : les gens très âgés se rassemblaient dans un banquet et y buvaient un breuvage empoisonné, le « conium maculatum ».

C'est dans cette même île de Cos que Valère Maxime, lors de son voyage en Asie avec Sextius Pompée, a relaté le cas de cette nonagénaire, qui, après avoir rendu compte à ses concitoyens des raisons qu'elle avait de quitter la vie, résolut d'en sortir par le poison et trouva singulièrement précieux de pouvoir illustrer sa mort de la présence de Sextius Pompée.

Nous devons rapprocher de cette coutume, celle que Florus, dans son *Histoire romaine*, raconte au sujet des Cantabres :

« Les barbares (cantabres) se voyant réduits aux dernières extrémités avançaient leur mort au milieu d'un repas, par le fer et par un poison qu'ils exprimaient communément de l'if. »

(Florus, *Histoire romaine*, liv. IV, chap. XII.)

Dans l'Inde, le malade incurable était conduit en grande cérémonie sur les bords du Gange et la bouche et le nez remplis de limon sacré, il était précipité dans le fleuve.

De nos jours, il est d'usage chez les Polynésiens d'assassiner les vieillards.

Les Australiens et les Mélanésiens délaissent les vieillards et les incurables devenus incapables de se suffire à eux-mêmes et souvent même on les tue et on les mange. Il en est de même des Fidjiens qui enterrent vivants leurs vieux parents et des Esquimaux qui pratiquent l'euthanasie lorsque les douleurs deviennent insupportables pour le malade.

Roald Amundsen, lors d'un long voyage effectué chez les Esquimaux, a rapporté une pratique assez originale d'euthanasie qui nous a paru intéressante à noter :

« Une courroie est tendue d'un mur à l'autre de la hutte, à environ 30 centimètres du sol. Le malade laissé seul essaye de s'étrangler en appuyant la gorge sur la courroie, tandis que les membres de la famille regardent par des trous pratiqués dans le mur; si le patient ne parvient pas promptement au résultat désiré, un spectateur vient l'aider et presse sa tête contre la courroie. »

Il nous faut signaler l'antique usage marseillais rapporté par Valère Maxime, qui nous paraît d'ailleurs être la première ébauche d'euthanasie légale : « On garde dans un dépôt public de cette ville une potion mêlée de ciguë et destinée à quiconque justifie devant le Sénat des motifs, qui lui font désirer la mort.

» Ainsi celui qui est trop malheureux ou trop heureux (car l'une et l'autre fortune peuvent offrir une raison valable de mettre fin à sa vie par la crainte qu'on a, dans un cas, que le

bonheur ne nous abandonne, dans l'autre, que l'adversité ne nous quitte pas) peut mettre un terme à son existence par une fin officiellement approuvée. »

Il nous semble bien que cette euthanasie de certains peuples primitifs répondait à une nécessité économique ou alimentaire par suppression des bouches inutiles. « C'est le résultat des nécessités qu'on pourrait appeler économiques », comme le dit Hastings dans son *Encyclopedia of Religion and Ethics*.

Aussi est-ce avec juste raison que le professeur Forgues dit : « Chez ces peuplades l'euthanasie était une question d'estomac, alors que chez les peuples modernes c'est plutôt une question de nerfs. »

Cependant, comme le fait remarquer le docteur Roche, de Marseille, chez les Esquimaux, l'euthanasie part d'un sentiment de pitié pour celui qui souffre. Chez les Fidjiens, elle est l'expression d'une autre conception : eux croient qu'ils renaîtront dans un autre monde tels qu'ils étaient quand ils ont quitté la terre, aussi se dépêchent-ils de mourir avant qu'une grave maladie ou une infirmité ne les surprenne.

Examinons maintenant les divers projets de lois, demandant le droit légal à l'euthanasie, soumis à la législature de certains pays de l'Ancien et du Nouveau Continent.

A l'assemblée d'octobre 1903, le New-York State Medical Association posait à ses membres la question de savoir si un médecin avait le droit de raccourcir l'existence d'un cancéreux dont le néo a récidivé, d'un tuberculeux à la troisième période, d'un malheureux qui a une fracture de la colonne vertébrale avec paraplégie. C'est le droit d'homicide par le médecin qui est demandé.

A peu près à la même époque, le Parlement de Saxe est saisi d'un projet de loi analogue demandant qu'on autorisât les médecins, en cas de maladie incurable, à donner aux malades qui le demanderaient une mort prompte et douce.

Ce projet fut repoussé.

En Italie, Nobel, homme du Nord, a proposé d'ériger à Rome et à Milan des institutions d'euthanasie pour tous ceux qui, las

de la vie, voudraient s'en débarrasser facilement par asphyxie au moyen d'un gaz formulé par lui. Malgré l'originalité du projet Nobel, le premier ministre italien de l'époque, M. Crispi, le repoussa en le trouvant trop dangereux.

En 1906, deux Etats d'Amérique, celui d'Ohio et celui d'Iowa, furent saisis de projets d'euthanasie.

Le bill présenté au Parlement de l'Etat d'Ohio par Miss Anna Hall Cincinatti stipulait que « toute personne atteinte d'une maladie incurable accompagnée de grandes douleurs peut demander la réunion d'une commission composée d'au moins quatre personnes qui statuera sur l'opportunité de mettre fin à cette vie douloureuse ».

Ce bill présenté le 23 janvier 1906 passa à la première lecture.

Le projet présenté au Parlement d'Iowa, par le docteur Grégory, proposait que « les personnes souffrant d'une maladie sans espoir, de même que les enfants hideusement conformés ou idiots fussent débarrassés de la vie au moyen d'un anesthésique ».

Le docteur Grégory ajoutait que cette pratique était déjà quotidiennement appliquée par les plus grands médecins et chirurgiens des hôpitaux des Etats-Unis !

Ces deux projets de loi eurent un grand retentissement aux Etats-Unis, car un contre-projet fut déposé au Parlement de New-York déclarant que « toute personne qui, par des discours, circulaires écrites ou imprimées, messages, lettres, documents, prospectus, journaux, articles de magazine ou publications de toute nature, préconiserait le devoir de mettre à mort, sous le couvert de la loi, ceux qui sont atteints d'une maladie incurable mentale ou physique serait déclaré coupable de félonie ».

Au sujet de ces deux projets de loi, le rédacteur du *British medical Journal* ne ménage point ses termes en traitant le docteur Grégory de « gaillard particulièrement naïf » et en déclarant que « l'Amérique est le pays d'une législation hystérique ». En 1912, un nouveau projet de loi soumis au Congrès

de Washington fut rejeté. A cette même époque, un citoyen américain, Sarah Harris, demandait aux juges de New-York l'autorisation, pour son médecin, de mettre fin avec toute la douceur désirable à d'atroces souffrances jugées incurables.

Enfin, en 1913, le Reichstag est saisi à son tour d'une proposition tendant à accorder à tout incurable le droit à l'euthanasie après avis favorable d'un examen prescrit par le tribunal et fait par trois médecins légistes ou spécialistes, à condition toutefois que le malade le demande lui-même catégoriquement et que l'autopsie établit qu'il était vraiment incurable.

Plus près de nous, un juriste émérite, Binding, dans un traité publié par le psychiatre Hoche, de Fribourg, *Die Freigabe der Vernichtung lebensumverten Leben* (licence de détruire les vies qui ne valent pas la peine d'être vécues) a repris cette question d'euthanasie légale.

Il y a cinq à six ans, le conseiller Boreckhardt a présenté une proposition de loi conférant le droit de tuer les idiots incurables.

Comme le fait remarquer si judicieusement le professeur Forgues, « les pays anglo-saxons sont à peu près les seuls où cette législation de la mort anticipée après certificat d'incurabilité, ait eu l'honneur de l'examen par la législation ». En France, notre Parlement n'a pas eu heureusement à statuer sur un projet de législation euthanasique. « Sensibilité française, sens plus profond d'humanité », dit le professeur Forgues, mais aussi belle crânerie française, noblesse et héroïsme devant la mort.

En 1914, la *Gazette médicale des hôpitaux* a fait, parmi ses lecteurs une enquête au sujet de l'euthanasie.

Beaucoup de médecins ont répondu à cette enquête, nombreux ont été les adversaires de l'euthanasie, mais quelques-uns en ont été les partisans.

Si la sentimentalité, les croyances religieuses, l'éducation, qui font répugner aux actes de violence, conduisent beaucoup de médecins à repousser l'euthanasie, la pitié pour la souffrance inguérissable porte quelques-uns à incliner en sa faveur.

Cependant, quelques faits divers assez significatifs méritent d'être signalés parce qu'ils ont eu un grand retentissement dans les milieux intellectuels et que la grande presse y a trouvé matière à de longues chroniques et à des commentaires parfois exubérants.

Nous ne ferons que mentionner en passant la fin terrible de cet homme qui, dans un accident de chemin de fer eut les deux jambes sectionnées et fut pris sous un wagon sans qu'il fût possible de le dégager. Cet homme, qui souffrait énormément, demandait qu'on l'achevât à coups de revolver; après une nuit horrible de souffrances, il succombait. Le suicide de l'ex-député Lafargue, qui supportait mal les premières atteintes de la vieillesse, fut assez longuement commenté par les journaux.

Ne voulant pas subir une déchéance physique et intellectuelle par une vieillesse trop prolongée, il avait fixé à 70 ans l'âge limite de sa propre vie. Avec sa femme, une fille de Karl Marx, qui voulut le suivre dans sa résolution, ils se donnèrent la mort en absorbant du cyanure de potassium.

En 1912, l'assassinat d'une dame hémiplegique, et souffrant de douleurs atroces, par son mari, ancien procureur de la République, défraya encore la chronique dramatique.

Ce dernier, qui tua sa femme de trois coups de revolver, déclara qu'il n'avait fait que son devoir en arrachant sa femme à des tortures qui duraient depuis un an.

Il fut arrêté, mais relaxé aussitôt malgré que l'autopsie de sa femme n'ait point révélé de maladie organique.

Beaucoup plus récemment, en 1925, le drame de l'hospice de Villejuif est venu donner un regain d'actualité à cette question de l'euthanasie.

Madame Uminska tua par compassion son mari atteint d'un cancer inopérable, dont les souffrances intolérables lui avaient fait demander ce dernier service.

Ce ne sont là, il est vrai, que des cas exceptionnels, que la chronique a trop longuement commentés, mais il n'est point à désirer qu'ils deviennent des exemples.

CHAPITRE III

« Quiconque meurt, meurt à douleur.
Telle qu'il perd vent et haleine,
Il sue, Dieu sait quelle sueur. »

(François VILLON.)

D'abord qu'est-ce que l'agonie?

On l'a définie, d'après son étymologie (*αἰών*), un combat. Un combat entre la vie et la mort, mais une lutte inégale dans laquelle la mort a manifestement le dessus et où son triomphe est aussi sûr que prochain (Forget).

L'agonie est la dernière phase d'une maladie arrivée au terme fatal, elle est le dernier spasme de l'organisme aux abois, la dernière étincelle de vie, l'avant-coureur de la mort.

Elle est variable dans sa forme et dans ses degrés; mais, comme le dit le docteur Forget, « ses divers aspects ont cela de commun qu'ils paraissent annoncer une mort prochaine ».

Cependant divers symptômes nous permettent de penser que cette mort est prochaine et comme l'écrit le docteur Bouquet « que bientôt le râle impitoyable envahira cette respiration relativement calme et que ces mains pâles et violacées vont pincer et ramener le drap dans un geste de machinale défense contre l'ennemi qui vient ».

Les phénomènes qu'elle présente sont si variés qu'on ne peut pas penser en faire un tableau circonscrit dans un cadre étroit, car les approches de la mort diffèrent dans un grand nombre de maladies.

Il existe des phénomènes communs aux différentes agonies : affaiblissement de la plupart des fonctions vitales, souffrances plus ou moins vives qui caractérisent la fin de toute maladie,

anxiété, faiblesse, inégalité de la respiration et du pouls, altération des traits de la face.

Si nous admettons le trépied vital de Bichat, nous pouvons dire qu'il y a trois grands groupes d'agonies :

- 1° Les agonies par défaut d'innervation;
- 2° Les agonies par défaut de circulation;
- 3° Les agonies par défaut de respiration.

Les premières, à point de départ le cerveau, surviennent dans toutes les affections cérébrales. On constate généralement un assoupissement profond qui ne permet pas au moribond d'avoir la conscience des objets qui l'entourent. Les yeux sont immobiles et rétractés; la respiration stertoreuse est précipitée et ronflante. L'exercice des fonctions de la vie de relation est entièrement anéanti, et il y a une perte immédiate et sans rémission des fonctions intellectuelles.

Mais, dans certains cas, le moribond souffre atrocement d'une céphalée continue et intolérable et la douleur est tellement exaspérante qu'elle peut, comme dans un cas de syndrome thalamique, amener le malade au suicide.

Les secondes, à point de départ le cœur, font suite aux affections cardiaques. Elle est le dernier terme de l'asystolie ou insuffisance cardiaque, qui peut se terminer brutalement par une crise d'angor ou après plusieurs accès répétés et fort pénibles, ou bien évoluer progressivement et se terminer par la cachexie cardiaque.

Voyons alors dans quel état est notre malade.

Il est assis dans son lit, soutenu par trois ou quatre oreillers, anhélant. La dyspnée est intense, exagérée par le moindre mouvement. Le malade éprouve une sensation d'étouffement et d'angoisse particulièrement pénible. Les lèvres sont cyanosées, les pommettes, les oreilles et les extrémités digitales sont violacées, presque noirâtres. La respiration est rapide, cependant régulière, prenant parfois le type de respiration de Cheyne Stokes lorsque le rein est lésé.

Le pouls est petit et régulier, assez rapide, la pression artérielle est basse, le cou est gonflé, les jugulaires sont tur-

gescentes et à chaque battement elles font fortement saillie sous la peau.

Un œdème généralisé, d'abord mou, ensuite de plus en plus résistant, a envahi la plus grande partie du corps surtout aux membres inférieurs leur donnant un aspect éléphantiasique.

Le malade a, de plus, de la gêne épigastrique constante, de la tension abdominale, qui l'obligent à se dévêtir et son foie, augmenté de volume, est très douloureux. A cette période, l'insuffisance progresse rapidement et la mort par asphyxie ou insuffisance rénale vient mettre un terme à cette longue et douloureuse agonie.

Les troisièmes enfin, à point de départ les poumons, peuvent survenir chez des malades dont l'état général n'est pas déprimé et c'est le cas dans l'œdème aigu du poumon ou bien chez des malades épuisés par la fièvre et les suppurations et c'est le cas d'un phtisique.

N'est-ce point là une agonie douloureuse et pénible que celle de ce malade affalé sur des coussins, assis dans son lit, dont l'anxiété est extrême, le facies blafard, extrêmement pâle et plaqué de cyanose, les traits décomposés et les lèvres violacées. Des sueurs perlent à son front, aux ailes du nez, et une moiteur froide et visqueuse est répandue sur son corps.

Ses extrémités sont froides et cyanosées. Sa respiration est haletante, courte, superficielle et fréquente, l'empêchant même de parler. Sa figure, sur laquelle est appliqué le masque de la mort, est contractée par l'angoisse et on sent plutôt qu'on ne le devine que ce malade va mourir étouffé. Une toux incessante et pénible, suivie d'expectoration accompagnée de vives douleurs thoraciques, vient encore ajouter de nouvelles souffrances à son douloureux supplice.

Ces accidents augmentent progressivement, les forces s'épuisent de plus en plus, l'anxiété est plus profonde; à la décoloration des téguments succède une teinte asphysique de la peau et après quatre à cinq semaines d'une lente agonie le malade succombe dans un état d'émaciation très marquée.

Cependant, certains de ces malades présentent de la surexci-

tation et des phénomènes de l'extase. Ce sont des mourants qui, quelques heures avant leur mort, forment des projets d'avenir.

Cette manière générale d'envisager l'agonie paraîtra insuffisante à cause des formes variées qu'elle présente. Il aurait été certes plus convenable d'envisager successivement l'approche de la mort dans chacune des maladies qui terminent la vie de l'homme et surtout dans la plus terrible de toutes : le cancer.

Cela nous eût entraîné trop loin de notre sujet et, nous l'avouons bien humblement, notre manque d'expérience ne nous l'a point permis.

Nous voulons espérer que nos juges nous sauront gré de notre franchise et ne nous feront point grief pour ce chapitre, qui nous a paru cependant utile pour l'argumentation de notre sujet.

CHAPITRE IV

La mort a des rigueurs à nulles autres pareilles
On a beau la prier,
La cruelle qu'elle est se bouche les oreilles
Et nous laisse crier.

(MALHERBE.)

L'agonie n'est pas toujours semblable à elle-même. Il y a des agonies qui sont conscientes, et d'autres qui ne le sont pas.

La douleur n'est pas toujours la compagne nécessaire de la mort, et il faut se rassurer sur certaines angoisses que paraissent éprouver certains agonisants, et qui n'en ont pas la perception.

Maeterlinck, dans son livre *La Mort*, l'a bien dit : « Souvent, la sensibilité de celui qui est « aux abois de la mort », selon l'expression de Bossuet, déjà très émoussée, ne perçoit que la rumeur lointaine des souffrances qu'elle paraît endurer. »

Au sujet d'une grave commotion cérébrale par chute de cheval, Montaigne, qui rédige son auto-observation, nous parle « de cet état non seulement exempt de déplaisir, mais mêlé à cette douceur que sentent ceux qui se laissent aller au sommeil ». Je croy, ajoute-t-il, que c'est ce même estat que sentent ceux que l'on voit défaillir en l'agonie, et tiens que nous les plaignons sans cause. »

Sir William Osler, dans son essai *Science and Immortality*, dit qu'il a gardé la relation exacte d'environ 500 mourants.

90 ont souffert de douleurs physiques;

11 ont souffert d'angoisse;

2 de positive terreur;

1 de remords amer.

Les autres n'ont rien présenté de particulier.

Dans sa thèse de Lyon, 1917, Bertholey donne une statistique de 35 agonisants sur le champ de bataille.

Dans 33 cas, il y avait perte de connaissance, mort sans souffrances et sans douleurs.

Dans 2 cas, il y avait sensibilité entière jusqu'au moment ultime, et le moribond endurait des souffrances très vives.

Le grand anatomiste Hunter, à son lit de mort, disait : « Si je pouvais tenir une plume, je m'en servirais pour dire combien il est aisé et agréable de mourir. »

De même Scarron, qui disait à ceux qui l'entouraient : « Par ma foi, je ne me serais imaginé qu'il fût si facile de se moquer de la mort. »

Et le R. P. F. Suarez s'écriait, sur son lit de mort : « *Non putabam tam dulce, tam suave esse mori.* »

Comme l'a écrit le professeur Sabatier, « quiconque a vu s'éteindre doucement un de ces vieillards chargés d'ans, par une lente diminution du mouvement vital, a pu s'apercevoir de ce qu'il y avait d'indolore et calme dans cette extinction progressive de la vie corporelle ».

Les agonies inconscientes s'accompagnent, en général, d'une perte du sentiment, et tous les phénomènes douloureux que nous percevons se passent entièrement en dehors du malade.

Ce combat, en apparence épouvantable pour ceux qui y assistent impuissants, est simplement un combat de la « Bête » qui se plaint, et où la sensibilité n'intervient pas. C'est bien ici une lutte entre la vie et la mort, mais un combat dont la rançon n'est qu'une matière tissulaire inerte, inagissante, presque morte.

Mais il y a des agonies conscientes dans lesquelles le sentiment est intact et où le moribond endure vraiment une souffrance cruelle et atroce.

Ici, la sensibilité est entière, l'individu réagit, et cette réaction se traduit par de la douleur et de l'angoisse. Il y a vraiment des agonies qui excèdent ce qu'une pauvre créature humaine peut endurer.

A propos de la mort de Henri Heine, Théophile Gautier écrivait : « Il n'y a que la mère ou l'épouse qui puissent ne pas abandonner une agonie aussi persistante; les yeux humains ne sauraient, sans se détourner, contempler trop longtemps le spectacle de la douleur. Les déesses mêmes s'en lassent, et les 3.000 Océanides qui vinrent consoler Prométhée sur sa croix du Caucase s'en retournèrent le soir même. »

Et c'est ainsi que l'on comprend le cri du cœur échappé à Berlioz, dont la sœur se mourait d'un cancer au sein : « Il ne se trouvera pas un médecin pour mettre fin à ce martyr ! »

Mais, en plus de cette douleur physique, il y a une douleur morale qui intervient.

En plus de ce combat de l'organisme contre la mort, qui paralyse ses muscles, son cerveau et ses organes, l'esprit lutte contre cet inconnu qu'est l'Au-Delà. Malgré sa science, sa philosophie, sa profonde croyance religieuse, le moribond redoute cet abîme insondable par cela seul qu'il lui est inconnu.

Et, comme l'a écrit Bichat :

« L'idée de notre heure suprême n'est pénible que parce qu'elle fait cesser toutes les fonctions qui nous mettent en rapport avec ce qui nous entoure, parce qu'elle termine notre vie animale. C'est la privation de ces fonctions qui sème l'épouvante et l'effroi sur les bords de notre tombe. »

C'est bien la disparition de lui-même, la séparation d'avec les siens, l'abandon de ses biens terrestres, l'imminence de la nuit mystérieuse qui s'avance à grands pas, qui font sa crainte et son effroi.

CHAPITRE V

L'office, du bon médecin
Est de guérir la maladie;
Que s'il ne vient à ceste fin
Au moins faut-il qu'il la pallie.

(Ambroise PARÉ.)

L'euthanasie, cette mort douce et sans souffrances, quel médecin ne l'a pas souhaitée à son malade, alors qu'impuissant il assiste à une agonie douloureuse.

Hélas! tout se heurte, tout s'oppose en lui, conscience, éducation, morale, religion, vocation et traditions, pour l'empêcher de rendre plus douce cette mort à ce moribond qui lutte encore contre elle. De par sa vocation, le médecin est opposé à l'homicide, donc à l'euthanasie. Son naturel, qui est fait de compassion, de commisération et d'incessante sollicitude, l'oblige à consoler ses semblables et à les soutenir jusqu'au bout.

Dans la *Nouvelle Idole*, F. de Curel a écrit : « Il n'y a que deux hommes, le prêtre et le médecin, qui passent leur existence à regarder la mort en face. » La vocation du médecin est un véritable sacerdoce; il doit mettre en œuvre toutes les finesses de son art pour guérir son semblable qui souffre, pour soulager ses misères, mais s'il ne peut y parvenir il lui reste la suprême consolation des hommes : l'espérance.

« Le mensonge consolateur soulage le malade plus que la chimie pharmaceutique », a dit Daremberg.

Et, à ce sujet, nous citerons la belle page qu'a écrite Michaut dans son livre *Pour devenir médecin* :

« Il ne suffit pas que le médecin soit uniquement un spécialiste instruit dans les différentes sciences dont les applica-

tions sont utiles à la guérison des malades, il faut qu'il soit philosophe et par philosophe nous entendons l'ensemble des qualités que les anciens comprenaient sous le terme de sage.

» Chaque jour il sera appelé à consoler ceux qui souffrent alors que souvent il sera incapable de les guérir. Usurpant un peu la place du prêtre, il devra être le grand consolateur.

» Si la médecine est l'art de guérir, dit Max Simon, elle est aussi l'art de plaindre les hommes; l'auteur de la déontologie humaine aurait pu ajouter surtout l'art de les consoler.

» Il faut que le médecin trouve en lui les sentiments capables de lui inspirer cette éloquence du geste et de la parole que l'homme peut agir sur l'homme, qu'il peut le convaincre, l'encourager, c'est là le grand rôle du médecin. »

C'est à ce moment que son rôle original commence, dit Guérmonprez, lorsqu'ayant institué le traitement le meilleur de l'affection dont souffre son patient, il quitte la partie triviale de son art pour s'élever à la hauteur d'un guérisseur ou d'une volonté qui s'impose à l'esprit désarmé du malade, et lui communiquer l'énergie nécessaire de vaincre le mal et même la tranquillité d'esprit qui est la moitié de la guérison.

Et cela, le grand Dupuytren ne l'ignorait pas lorsqu'il disait à ses malades avec une confiance pleine de simplicité et de noblesse : « Je te guérirai », et il le guérissait parce qu'espérer guérir c'est la moitié de la guérison.

Mais il faudrait, pour que l'euthanasie soit acceptable, pour que le médecin soit autorisé à donner la mort dans les cas désespérés, que le malade soit averti de sa fin prochaine.

Il faudrait que ce moribond, qui souffre sur son lit de douleurs, apprenne, par la bouche même de celui qui le soigne et en qui il a placé toute sa confiance, que tous ses efforts sont vains et que la mort est proche.

« Révéler au malade l' incurabilité de son état, écrit le professeur Forgue, ce serait, de la part du médecin, plus qu'une cruauté, un manquement à son devoir : nous sommes les éternels berceurs de la souffrance humaine et, jusqu'au bout, nous devons chez l'inguérisable entretenir l'espérance. »

La vocation du médecin est toute entière résumée dans ce précepte de déontologie qu'a énoncé Guérmonprez :

- « Guérir quand il peut,
- » Soulager quand même,
- » Consoler toujours,
- » Tuer jamais. »

Les traditions, gardiennes vigilantes de la médecine, nous montrent par des exemples célèbres quel a été de tous temps le rôle du médecin.

Dans le serment d'Hippocrate, un des plus vieux documents de notre science médicale, nous relevons ce passage :

« Je ne remettrai à personne du poison si on m'en demande, ni ne prendrai l'initiative d'une pareille suggestion. Semblablement je ne remettrai à aucune femme un pessaire abortif.

» Je dirigerai le régime des malades à leur avantage suivant mes forces et mon jugement et je m'abstiendrai de tout mal et de toute injustice.

» Je passerai ma vie et j'exercerai mon art dans l'innocence et la pureté. »

Encore de nos jours, la vieille Faculté de Montpellier oblige ses docteurs à inscrire à la fin de leurs thèses un serment d'Hippocrate modifié, devenu pour la forme serment de l'école de Montpellier.

Nombreux ont été les médecins célèbres qui ont répudié l'euthanasie. Nous mentionnerons d'abord la fameuse réponse du baron Desgenettes à Napoléon, qui lui demandait d'empoisonner les pestiférés de Jaffa :

« Mon devoir à moi est de les conserver. »

De même, le chirurgien Larrey, défendant ses malades de l'hôpital du Gros-Caillou en juillet 1830, répondit aux troupes qui l'assaillaient :

« Que voulez-vous, mes blessés, ils sont à moi. »

Cette noble attitude du médecin a toujours été de tradition dans la chirurgie d'armée. Nous relevons, dans le discours du professeur Forgues, cet épisode :

« Un homme de compagnie de Monsieur de Rohan était

atteint de sept coups d'épée à la tête. Son maître devant partir le lendemain, et estimant qu'il était inguérissable, voulait, sans plus tarder, et par mesure d'euthanasie expéditive, le faire jeter dans une fosse qu'il avait fait creuser. Ambroise Paré intervint de toute sa charité agissante. « Je luy fis office, écrit-il, » de médecin, d'apothicaire, de chirurgien et de cuisinier : je » le pansai jusques à la fin de la cure et Dieu le guérit! »

En ce qui concerne la religion, la question de l'euthanasie ne peut être discutée; on doit la rejeter d'emblée comme incompatible avec les dogmes religieux.

Guermonprez écrit : « L'assassinat médical n'était pas admis par les médecins païens et n'était pratiqué que par les médecins sans aucune religion comme il s'en est trouvé dans tous les temps. »

La religion catholique est nette et formelle à ce sujet. Son précepte : « Tu ne tueras point » a toute sa valeur pour le médecin.

Cette même religion enseigne que « tout vient de Dieu. Dieu seul a le droit de détruire ce qu'il a créé ».

Dans la théologie morale du R. P. Augustin Lehmkuhl, nous extrayons ce passage relatif à l'euthanasie :

« Inde colliges graviter peccare medicum si mortuum hominis deseperatia accelerat, se diutius dolores sentiat. »

A ce point de vue strictement religieux, l'euthanasie apparaît, aux yeux du médecin croyant, comme un crime. C'est à ce moment que doit se manifester son rôle de moralisateur et de consolateur, car, pour lui, comme l'écrit le professeur Forgues :

« Plus que la morphine, la profonde paix de la conscience donne à la fin de la vie humaine sa sérénité et sa beauté tranquille. »

Mais les deux arguments irréfutables que le médecin oppose à l'euthanasie sont les erreurs de diagnostic d'abord et les erreurs de pronostic ensuite, que tout médecin, depuis l'humble praticien de campagne jusqu'au brillant professeur de clinique, ne peut se targuer de ne pas avoir commis.

Pour que l'euthanasie soit acceptable et puisse être appliquée

en toute sécurité, il faudrait que le médecin soit sûr de son diagnostic et encore plus de son pronostic, et, pour ce faire, que la médecine soit une science rigoureusement exacte, arrivée à l'extrême limite des connaissances.

A l'heure actuelle, il est impossible de dresser un tableau des maladies parfaitement curables et des maladies qui ne le sont pas.

Quel est le médecin qui, après un diagnostic précis et une thérapeutique appropriée, peut porter un pronostic de guérison ou de mort inflexible ?

Telle maladie, aujourd'hui incurable, sera vaincue demain ou dans quelques années.

Une série de piqûres ne suffit-elle pas, aujourd'hui, à guérir un enragé dont le sort, autrefois, était de mourir étouffé entre deux matelas !

La médecine est en perpétuelle évolution et nombreux sont les progrès effectués dans la thérapeutique de ces trois grandes maladies : la tuberculose, le cancer et la syphilis, qui ravagent le genre humain.

Du cancer, on ne sait, hélas, que peu de choses ou presque rien. L'amputation large au début est encore le moyen thérapeutique le plus sûr. La radiothérapie, la médication magnésienne, les sels de métaux rares n'ont pas, pour le moment, donné de grands résultats ; mais qui nous dit qu'un jour ou l'autre un savant ne finira pas par découvrir le germe de cette atroce maladie et le moyen sûr de la combattre !

La tuberculose, ce fléau de l'humanité, est à l'heure actuelle largement combattue.

Les gouvernements de tous les pays du monde se sont émus ; la lutte préventive s'est étendue et la thérapeutique antituberculeuse a fait des progrès. Le vaccin B.C.G. de Calmette et Guérin ne nous laisse-t-il pas entrevoir pour les temps futurs une lueur d'espoir ?

La découverte des arsenicaux dans la thérapeutique anti-syphilitique n'a-t-elle pas réduit à un nombre quasi infime les phénomènes douloureux de la période tertiaire ?

Quel remords pour ce médecin qui aurait hâté la fin de son malade comme dans ce cas cité dans la *Gazette des hôpitaux de Paris* : « Un médecin se désespère au chevet de son fils que la diphtérie étouffe. Le sérum n'est pas encore découvert, l'enfant est sur le point d'entrer en agonie, le père met fin à ses souffrances après un long et cruel combat intérieur en lui injectant une dose mortelle de morphine. »

Le lendemain, Roux publiait sa découverte du sérum.

Les erreurs de diagnostic ne manquent pas, nous n'en citons que deux, prises parmi les plus typiques. Dans une lettre, adressée au *Saint Louis medical Review* du 3 mars 1906, Owen cite ce cas d'un marin atteint d'une énorme tumeur du bassin qu'il renvoie chez lui pour mourir de son cancer inopérable.

Quelques années plus tard, un ancien étudiant, revoyant son maître, lui demanda s'il se souvenait de ce cas. « Fort bien, répondit Owen, et qu'est-ce que l'autopsie a révélé ? — Oh ! dit le visiteur, l'homme est guéri; ce gros cancer inopérable était un abcès autour d'un corps étranger. »

Le second cas a été rapporté par le docteur Morestin à la Faculté de chirurgie, en 1911.

OBSERVATION I.

Il s'agissait d'un homme de 40 ans atteint d'une tumeur volumineuse de la cuisse, d'une dureté uniforme.

Le diagnostic de sarcome avait été porté, et, la veille de l'opération, on avertit cet homme qu'il fallait pratiquer une amputation très haute ou même une désarticulation.

La ponction exploratrice ouvrit une collection purulente, dont le drainage amena rapidement une guérison.

Les erreurs de pronostic, d'un intérêt beaucoup plus grand en ce qui concerne la question euthanasique, abondent dans la littérature médicale.

Récamier cite un cas de Pearce Gould, publié dans le bulletin *Clinical Society transactions*.

OBSERVATION II.

En 1890, on enlève à une femme le sein gauche pour un squirrhe atrophique diagnostiqué par le microscope.

En 1893, elle est amaigrie, dyspnéique, avec récédive de la cicatrice, nombreux nodules secondaires sous la peau, gros ganglions axillaires et sus-claviculaires des deux côtés et une fracture spontanée du col du fémur gauche, due à une tumeur de l'os. Elle paraissait mourante. Entre mars et novembre 1896, les nodules deviennent chéloïdiens cicatriciels, la fracture se consolide, et toute apparence de tumeur disparaît sans aucun traitement spécifique.

L'état général s'améliorait.

En 1899, cicatrices souples, état général excellent. La malade a été perdue de vue en 1906; elle était en excellente santé.

Nous citerons deux autres observations aussi subjectives d'Owen.

OBSERVATION III.

Il s'agit d'une femme chez qui on avait porté le diagnostic ferme de néo de l'estomac. On l'opéra, et l'on découvrit, en effet, un néo du pylore aussi dur que possible. On fit une gastro-entérostomie antérieure, et le pronostic le plus sombre fut porté.

Après avoir été une grave malade, cette femme recouvrait une excellente santé, et, l'année suivante, gagnait même un tournoi de tennis.

OBSERVATION IV.

Malade brightique avancé. Etat, au dire des médecins, alarmant, désespéré. Le malade envoya tous les médicaments au diable, but, mangea, se dépêchant de jouir joyeusement des jours qui lui restaient à vivre. Il vécut ainsi pendant vingt ans environ.

Les partisans de l'euthanasie veulent bien admettre que, certaines fois, le médecin se trompe dans son diagnostic ou son

pronostic lorsque la maladie n'est pas encore arrivée au terme inéluctable et qu'elle est susceptible de régression ou de guérison.

Mais, au moment de l'agonie, disent-ils, lorsque la mort est imminente, le doute n'est plus permis, l'erreur n'est plus possible.

Quelle grossière erreur de leur part, et de quelle ignorance ne font-ils pas preuve !

Nous avons déjà étudié cette question de l'agonie dans un précédent chapitre. Nous n'y reviendrons pas, mais nous citerons à ce sujet cette phrase du grand physiologiste Bichat :

« Quel médecin peut, d'après les données actuelles de son art, percer le voile épais qui cache ici les opérations de la nature ? Quel esprit judicieux osera dépasser sur ce point les limites de la plus stricte observation ? »

Le docteur Forget, qui s'est beaucoup occupé de la question de l'agonie et de son traitement, a donné dans le *Bulletin de thérapeutique de Paris*, 1853, une observation de rescapé.

OBSERVATION V.

En 1841, je donnais mes soins, avec deux confrères, au général C..., affecté d'une maladie de cœur avec anasarque.

Un soir, nous trouvâmes le malade dans un état d'agonie confirmée : perte de connaissance, face décomposée, sueurs froides, râle trachéal, anxiété extrême, mouvements convulsifs, pouls filiforme. Nous jugeâmes tous les trois qu'il n'avait que quelques instants à vivre.

Déjà, l'un de nos confrères s'était retiré lorsque, par acquit de conscience, je priai l'autre de pratiquer quelques scarifications sur les membres inférieurs, qui étaient complètement infiltrés. Notre confrère s'y prêta avec complaisance, et nous nous retirâmes en adressant des consolations à la famille.

Quel ne fut mon étonnement lorsque, le lendemain matin, on vint me dire que le général désirait me voir. J'y courus. Je le trouvais

complètement ressuscité, ne conservant aucun souvenir de la nuit, qu'il avait cru passer dans un sommeil tranquille, ce qui doit rassurer sur les angoisses que paraissent éprouver certains agonisants, qui n'en ont pas la perception.

Boëns, qui a repris et commenté les travaux de Forget sur l'agonie, en a donné un travail intéressant, publié en 1874 dans le *Bulletin de l'Académie royale* de Belgique.

Voici ce qu'écrit le maître belge :

« Le médecin se doit à lui-même, il doit à ses malades de ne jamais croire que l'affection dont ils sont atteints est au-dessus des ressources dont il peut disposer pour la combattre.

» Alors même qu'il serait parfaitement convaincu que la maladie est de sa nature essentiellement incurable, il est de son devoir de réagir contre cette conviction désespérante et de s'imposer la tâche de rechercher par tous les moyens la guérison du mal que d'autres n'ont pas pu guérir avant lui, ou devant lequel ils ont reculé en affirmant l'impuissance de l'art.

» Qui oserait prétendre d'avance qu'il ne réussira pas ?

» Et combien le succès ne le récompenserait-il pas de son labeur et de sa peine ! Puis ne doit-il pas se rappeler sans cesse que, si le médecin a la mission de guérir quelquefois et de soulager souvent, il a aussi celle, non moins douce et non moins précieuse, de consoler toujours. Mission de dévouement et de charité, qui élève son rôle à la hauteur d'un sacerdoce, et à laquelle il ne doit jamais faillir. »

Et, plus loin, il ajoute :

« Toujours, lorsque le médecin entrevoit à travers les manifestations symptomatiques les plus alarmantes la moindre lueur d'espoir, quelque frêle et incertaine que paraît être la planche de salut, il doit s'y accrocher, s'y cramponner pour y rattacher ses patients, après avoir prévenu l'entourage que ses efforts seront peut-être impuissants, et jamais, même dans les plus tristes et les plus regrettables insuccès, il n'aura pas lieu de se repentir d'avoir suivi l'impulsion de son cœur.

»

» Surtout comme l'a si bien dit Gallard, « le médecin ne doit
» jamais fuir devant cet ennemi qui s'appelle la mort, il ne
» doit pas lui abandonner ses malades; il faut qu'il ait le cou-
» rage de rester auprès d'eux pour les défendre jusqu'au der-
» nier moment, même au prix d'efforts complètement déses-
» pérés. »

A l'appui de son intéressant article, il cite une observation d'agonie particulièrement nette, à propos de laquelle il écrit :

« Je me suis trouvé certainement en présence de l'un des cas d'agonie les plus nettement tranchés et les plus avancés qu'il m'ait été donné de voir depuis que je vois mourir. »

OBSERVATION VI.

Mme D..., négociante à Charleroi, a constaté depuis la ménopause un amaigrissement considérable avec affaiblissement de la vue. Bruits du cœur sourds, profonds comme dans un cas d'hypertrophie. Elle fut prise subitement dans la soirée de malaises : anxiété pré-cordiale, défaillance, état suivi bientôt de refroidissement extrême et d'accès de suffocation des plus pénibles.

Boëns vint à 11 heures du soir.

Pouls insensible. Sueur visqueuse froide sur la face; mains bleuâ-tres; mouvements inspiratoires courts, fréquents, peu profonds.

Râle broncho-trachéal typique entrecoupé de « Ah ! mon Dieu ! » Elle entendait parfaitement, avait toute sa présence d'esprit et pas-sait par des périodes d'engourdissement marquées de gémissements plus faibles. Le râle surtout me frappa : il avait commencé à 9 heu-res, puis augmenté. De minuit à 1 heure, il était à gros bouillons laryngiens.

La mort me parut imminente, et les assistants, dont la plupart étaient habitués à soigner des malades et à aider des moribonds, partageaient cette idée et avaient fait prévenir tous les membres de la famille.

Ma première inspiration fut d'ordonner des sinapismes, des bri-ques chaudes, une potion excitante.

A 1 heure du matin, état stationnaire. Les membres inférieurs commencent à se réchauffer. L'anxiété persistait ainsi que le râle et les absences momentanées d'esprit. Grandes vésicatoires. Potion cordiale, éther, café.

2 heures : Amélioration légère.

5 heures : Râle diminue.

7 heures : Plus de râle.

Boëns ajoute : « Je crois avoir eu affaire à un cas d'embolie, soit cardiaque, soit artérielle. »

La malade a guéri.

Pour en terminer avec ces erreurs de pronostic au moment même de l'agonie, nous citerons trois observations de rescapés, publiées dans le *Paris médical*, en avril 1913, par le docteur Plantier.

OBSERVATION VII.

Malade 70 ans artério-scléreux, sans albuminurie, ayant présenté, depuis quatorze ans que je le soigne, de l'emphysème pulmonaire, de la myocardite, des hémorragies rétinienne et plusieurs attaques d'apoplexie.

Il y a dix jours, un nouvel ictus exceptionnellement grave se produisit avec hémiplegie gauche, crises convulsives et coma. Une médication rigoureuse, qui lui a toujours réussi, est instituée : lavement purgatif, application de nombreuses sangsues, piqûres d'huile camphrée et de caféine.

Cette fois, aucune amélioration ne se manifeste, des ventouses posées sur les morsures des sangsues donnent une saignée abondante. De nouvelles piqûres de caféine et d'huile camphrée sont pratiquées *larga manu*, toujours sans succès.

Le coma persiste, puis la respiration et le pouls deviennent irréguliers, le visage se cyanose, le râle agonique apparaît, la fin est imminente.

Elle est d'ailleurs l'aboutissant inexorable d'une maladie déjà longue. A ce moment, hanté par l'idée que la mort résulte d'une auto-intoxication, et non d'une lésion organique, je fais suivre deux

piqûres d'éther, qui ne provoquent aucune réaction, d'une émission sanguine formidable, qui porte à plus d'un litre la quantité de sang soustraite. Peu à peu, une détente se produit et le mourant renaît.

Aujourd'hui, cet homme est en bonne santé.

OBSERVATION VIII.

Homme 68 ans. Il y a quelques années, il fut projeté de son auto sur la chaussée et eut la tête prise entre un tas de pierres et sa voiture versée. Relevé sans connaissance avec les signes d'une fracture de la base du crâne. Il fut soigné avec intelligence et énergie par quatre médecins qui ne négligent rien pour le tirer du coma. Malgré une active médication, la respiration devint irrégulière et se ralentit, le pouls s'affaiblit et devint inégal, le râle agonique apparaît.

Devant l'évidence des signes d'une mort imminente, on suspendit toute tentative. A ce moment, le désir de faire durer le moribond pendant quelques minutes encore jusqu'à l'arrivée d'une parente, m'engagea à reprendre et à pratiquer sans compter piqûres d'éther et de caféine. A l'étonnement de tous, l'agonie se suspendit, le cœur se remonta, et la respiration se rétablit, le blessé sortit du coma.

Cet homme a joui depuis d'une excellente santé.

OBSERVATION IX.

Jeune femme qui fut atteinte de colibacillémie après un accouchement, il y a onze ans. Deux spécialistes lui prodiguèrent leurs soins en consultation avec deux médecins de la localité et un chef de clinique gynécologique.

D'un avis unanime, la situation devint désespérée. Toutes les médications avaient été tentées sans succès, y compris de nombreux abcès de fixation mis en œuvre par le père même de la méthode. Une double parotidite s'ensuivit, l'agonie s'établit, et deux des trois médecins, qui étaient auprès de la malade, refusèrent leur concours à

celui d'entre eux qui voulait tenter une dernière chance en procédant à l'injection d'un litre de sérum.

Ils déclarèrent absurde toute tentative en pareil cas, rien ne pouvant arrêter l'œuvre de mort. Et cependant cette ultime médication eut un plein succès, la guérison survint, la malade se rétablit entièrement et elle a eu depuis de nombreux enfants.

Et à propos de ces trois observations le docteur Plantier écrit : « Quelle haute et noble jouissance alors pour nous ! C'est à ce moment que nous sentons vivement toute la beauté, toute la grandeur et la puissance de notre art. Déboires, ingratitude, rudes labeurs qui sont notre habituel partage, sont oubliés en cette minute de triomphe incomparable où le médecin exerce la fonction d'une bienfaisante divinité. »

Vocation et traditions, morale et religion, erreurs de diagnostic et de pronostic ne sont-ils point des arguments irréfutables contre cette euthanasie si souvent prônée par les utopistes ?

Nous le pensons fermement et nous croyons avoir montré au cours de ce chapitre que l'euthanasie n'était point une pratique, que le bon médecin puisse appliquer en toute sécurité.

CHAPITRE VI

La mort avait raison : je voudrais qu'à cet âge
On sortit de la vie ainsi que d'un banquet.

(J. DE LA FONTAINE, *La mort et le mourant.*)

« Ne pas soutenir la vie jusqu'aux dernières limites, fût-ce au prix de tourments insoutenables, c'est peut-être tuer » a écrit Mæterlinck dans son livre *La Mort*. Cette phrase, il l'a écrite pour en réfuter la teneur. C'est, il est vrai, son droit de philosophe, mais nous autres médecins nous devons la faire nôtre, elle doit toujours guider notre conscience professionnelle et jamais, même dans les cas les plus désespérés, nous ne devons l'oublier.

Le médecin doit être vitaliste, il doit, même en présence d'un incurable, agir comme s'il s'agissait d'une maladie guérissable, il doit mettre en œuvre toute sa science, toutes les finesses de son art pour lutter contre son ennemie : la mort.

Il doit lutter jusqu'au bout, même au prix d'efforts qu'il sait vains, tant qu'il y a de l'espoir : « Dum spiro, spero. »

« Si un de vos malades, écrit le professeur Rénon, est atteint d'une maladie chronique et incurable, je vous en supplie, ne l'abandonnez pas. Le médecin est le marchand d'espérance, et l'espérance est la suprême consolation des hommes. Donnez par petits moyens thérapeutiques associés à de fortes doses de psychothérapie, aide et réconfort à ces malades.

» Au contraire, si comme le souhaitait Bacon, c'était parmi les fonctions du médecin de hâter la maladie et le passage

dans l'autre monde, sa présence serait nécessairement associée à l'idée de la mort, il entrerait dans la chambre des malades, où il devrait apporter la vie et l'espoir, entraînant derrière lui l'ombre de la mort. » Mais, là ne s'arrête point son rôle de médecin, il doit aussi soulager ses malades et calmer leurs douleurs : « Il y a parfois des doses inutiles d'huile camphrée, de sérum et d'oxygène, dit le professeur Forgue, il y a des prolongations d'agonies qui sont une cruauté et qui justifient les paroles excessives de Mæterlinck : « Tous les médecins estiment que le premier de leurs devoirs est de mener aussi loin que possible les convulsions les plus atroces de l'agonie la plus désespérée. Qui donc, au chevet d'un mourant, n'a voulu vingt fois et n'a jamais osé se jeter à leurs pieds pour leur demander grâce ? Ils sont pleins d'une telle certitude, et le devoir auquel ils obéissent laisse si peu de place au moindre doute que la pitié et la raison, aveuglées par les larmes, répriment leurs révoltes et reculent devant une loi que tous reconnaissent et vénèrent comme la plus haute loi de la conscience humaine. »

Mais le grand philosophe a écrit aussi dans son livre :

« Les médecins consentent peu à peu, lorsqu'il ne reste plus d'espoir, sinon à endormir, du moins à assoupir les suprêmes angoisses. »

N'est-ce point là leur droit et même leur devoir, lorsqu'ils agissent ainsi ?

« Opium et mentiri », disait Bénédicte Teissier à son interne près du lit où agonisait un moribond.

Telle est, résumée dans cette dernière prescription pleine de sagesse et de pitié compatissante, le suprême secours qui, jusqu'au terme fatal, doit faire cortège à toute vie qui s'éteint.

La lutte éclairée contre les douleurs si pénibles de certaines maladies, le cancer par exemple, est actuellement en bonne voie de réalisation.

Déjà dans son rapport à la Conférence internationale de la lutte contre le cancer, en 1910, Récamier avait précisé la si-

tuation actuelle de l'assistance aux cancéreux inopérables. La douleur, même dans les cas les plus épouvantables de cancer de l'utérus, est souvent vaincue par les stupéfiants et leurs succédanés.

A l'heure actuelle, la chirurgie est venue au secours de la médecine dans cette lutte contre la douleur.

Dans une conférence faite le 8 mai 1926 devant les médecins du Bas-Rhin, le professeur Leriche s'exprimait ainsi :

« Il existe vraiment aujourd'hui une chirurgie de la douleur. Son but est d'apporter un apaisement à ceux qui souffrent par l'effet d'un de ces syndromes, inconnus dans leur essence, dans lesquels la douleur est tout, et ceux dont une maladie incurable (tabes, cancer) s'est compliquée, en cours d'évolution, d'effroyables souffrances. »

Et un peu plus loin, il ajoute :

« Sans doute la thérapeutique contemporaine est riche de médicaments contre la douleur. Sydenham ne pourrait plus, de nos jours, loger dans le pommeau de sa canne, les remèdes sédatifs éprouvés que tout médecin, disait-il, devait emporter chaque matin avec soi. Mais malgré l'efficacité habituelle des comprimés et des solutions, le médecin doit songer aux échecs et aux accoutumances. Il doit se dire qu'il faudra peu à peu augmenter les doses qui deviendront nuisibles et inefficaces par l'usage prolongé. Par-dessus tout, il doit se répéter que les médicaments ne permettent jamais à celui qui souffre de secouer une fois pour toutes la tyrannique emprise des douleurs, et que celles-ci, si elles ne tuent pas, ne permettent cependant pas de vivre.

« C'est au chirurgien qu'appartient alors la mission divine de faire retrouver à ceux qui souffrent la calme jouissance d'une vie débarrassée de la crainte épuisante des retours douloureux. »

Nous ne nous étendrons pas sur le long documentaire qu'il consacre aux difficultés de cette chirurgie et aux techniques quelque peu compliquées qu'il emploie.

Nous n'insisterons pas davantage sur le résultat que donne

aujourd'hui la chirurgie de la douleur dans le traitement de la névralgie du trijumeau, de l'angine de poitrine, de la maladie de Raynaud, de la causalgie et des moignons douloureux. Cela ne rentre pas dans le cadre de notre thèse. Mais à propos du traitement de la douleur chez les cancéreux inopérables, et comme conclusions de sa conférence, le professeur Leriche dit : « C'est, certes, une tâche ingrate que d'essayer de soulager opératoirement ces malheureux dont les jours sont comptés. Quand, cependant, les douleurs des cancéreux abdominaux deviennent intolérables et prennent la première place dans le tableau clinique, nous avons le droit de chercher à calmer leurs douleurs par des sections nerveuses si leur état général le permet encore. Le résultat en vaut souvent la peine. »

Plus récemment, dans le *Journal de chirurgie* du 1^{er} juillet 1927, Robineau a précisé la technique, les indications et les résultats d'une opération dirigée contre la douleur des cancéreux inopérables : la cordotomie.

Cette opération, qui consiste en la section du cordon antérolatéral de la moelle, a pour but d'interrompre les voies médullaires de la sensibilité à la douleur. Il faut donc couper dans le faisceau latéral restant, ce que le professeur Verger appelle le faisceau algo-thermique.

Nous n'insisterons pas sur la technique quelque peu délicate et osée de cette opération qui est si clairement exposée dans cet article. Nous dirons seulement, d'après Robineau, quels en sont les indications et les résultats opératoires.

Elle vise le soulagement des douleurs intenses incurables de cause organique siégeant dans la moitié sous-diaphragmatique du corps : c'est-à-dire qu'elle trouvera une indication parfaite principalement dans les cancers inopérables ou récidivés. Les crises gastriques du tabes et les algies secondaires à des zonas ont fourni à la cordotomie de beaux résultats.

La mortalité opératoire est variable; chez les cancéreux, elle est de 25 p. 100 (mortalité précoce). Quant à la morta-

lité tardive, Robineau pense que l'intervention ne semble pas avoir une influence nette pour hâter la mort ou retarder la date du décès.

Chez les non-cancéreux, mortalité précoce de 6 p. 100.

En un mot, la cordotomie tire sa gravité de l'état général des malades opérés. Elle dépend de la qualité des opérés.

Et Robineau conclut :

« Aucune opération à notre connaissance ne procure un effet analogue pour soulager les algiques. Aussi peut-elle être infiniment précieuse en donnant au chirurgien un moyen efficace pour rendre à beaucoup de cancéreux leur mort moins pénible. »

Mais les partisans de l'euthanasie vont nous objecter que les stupéfiants, comme la morphine et ses succédanés, tuent, et que cette nouvelle chirurgie de la douleur a parfois des résultats si désastreux qu'ils vont à l'encontre des désirs de ceux qui la pratiquent.

Vous refuserez d'achever un moribond qui souffre, diront-ils, et chaque jour vous le tuez un peu avec une dose croissante de morphine !

Vous refuserez de tuer ce pauvre malheureux dont les jours sont comptés et vous voulez pratiquer sur lui une opération chirurgicale dont les risques sont grands et la mortalité élevée !

N'est-ce point là de l'euthanasie déguisée ?

Pour ce qui est de la morphine, seul stupéfiant à peu près employé à ces moments-là, nous en connaissons les dangers réels. Il faut certes dans son administration journalière faire preuve d'une grande prudence et d'un grand tact.

Mais qui nous prouve qu'elle a vraiment une action si nocive à la fin de certaines maladies chroniques telles que le cancer ?

A ce sujet, Récamier disait en 1910 : « Le morphinomane est en général un nerveux sans volonté qui cède à une impulsion dès qu'elle se fait sentir et tombe sous l'influence de la morphine comme il tomberait sous celle du tabac ou de

l'alcool, mais pour les malades dont nous parlons (cancéreux), leur volonté aidée de celle du chirurgien, résiste suffisamment pour accepter la règle imposée et s'en contenter. »

Telle est aussi l'opinion du professeur Rémond, de Toulouse, qui récemment nous écrivait : « Les douleurs de certains cancers inopérables justifient aussi l'intervention sédative. Dans ce cas, le « *divinum opus* » reste toujours la règle et doit soutenir l'effort du médecin.

« On peut amener le malade à mourir sans souffrir, quelquefois on le fera vivre plus longtemps que ne lui auraient permis ses misères. »

Dans son *Traité des maladies du cœur*, le professeur Vaquez écrit :

« L'opium et la morphine rendent des services dans l'insuffisance aiguë du cœur. Quoique leur emploi soit rejeté par nombre d'auteurs, il n'est guère de médecins qui n'aient à s'en féliciter.

» Pourquoi y a-t-il ainsi désaccord entre l'enseignement et la pratique ? Cela tient selon nous à des considérations professionnelles qui ne devraient pas intervenir

» Les injections de morphine ont un mauvais renom; on redoute en effet, non qu'elles causent la mort, mais qu'on la leur attribue, et pour mettre à couvert la responsabilité du médecin on prive le malade d'un remède dont il pourrait bénéficier.

» N'hésitons pas à déclarer que la distension aiguë du cœur avec œdème pulmonaire ou angine de poitrine de décubitus justifie l'emploi de médicaments opiacés.

» En principe elles ne peuvent pas être nuisibles, car l'opium est un merveilleux sédatif de la circulation; il abaisse la pression artérielle et calme les spasmes vasculaires.

» Ne sait-on pas qu'une injection de morphine arrête presque instantanément la toux quinteuse et l'expectoration que peut provoquer la ponction de la plèvre ?

» Pourquoi agirait-elle différemment quand ces accidents sont dus à une cardiopathie artérielle ou à l'hypertension ?

Nous avons eu souvent recours à la morphine; parfois elle n'a pu empêcher la mort, souvent elle a sauvé le malade, jamais elle ne l'a tué. »

Et au cours d'un entretien que nous eûmes avec le professeur Cassaët, ce dernier nous disait : « Il faut être prudent dans l'administration de la morphine chez les cardiaques; mais en cas de complication soudaine, douloureuse ou dyspnéisante chez des hypertendus, des aortiques ou des angineux, l'opium et la morphine sont indiqués. »

Il en est de même en ce qui concerne la chirurgie de la douleur. Les conclusions de Leriche et de Robineau vont à l'encontre des objections des partisans de l'euthanasie.

Comment pourraient-elles avoir de valeur si l'on considère que le fait d'apaiser la souffrance et de calmer les douleurs est le devoir du médecin? Son intention est pure, il ne s'écarte pas de sa règle professionnelle, car, comme le dit le professeur Forgue : « Il ne s'agit plus alors d'une anticipation de la mort, mais d'une aliénation et d'une atténuation de l'agonie. »

Et en admettant même que la morphine à petites doses souvent répétées abrège la vie de ce moribond qui gémit sur son lit de douleurs, la conscience du médecin ne serait en aucun cas engagée, car ne devrait-il pas être satisfait d'avoir été humain?

Du côté moral, le médecin peut agir aussi, car la crainte de la mort est pour beaucoup une idée de suggestion.

Si le malade, lorsqu'il est en état de le faire, raisonnait volontiers sur la mort au lieu de la rejeter comme une vision terrifiante, cette fin normale de toute vie humaine cesserait de présenter pour lui un caractère mystérieux et inquiétant.

« Ce sont les forces morales, quelle qu'en soit la source, qui aident le mieux l'homme à franchir ce passage, dit le professeur Forgue. Béatitude religieuse et espoir de vie future chez les uns, satisfaction du devoir pleinement rempli chez les autres, le support psychique est variable, mais c'est l'appui suffisant pour sortir de la vie, en beauté, en douceur. »

Les exemples d'euthanasie morale ne manquent pas; nous

n'en citerons que quelques-uns, mais ils sont assez édifiants pour nous convaincre .

La mort de saint François d'Assise, qui se fait chanter le cantique du Soleil et qui, vers le soir, chante lui-même le psaume de David. Sa cellule se remplit d'ombre, sa voix se tait et il rentre dans l'éternité en chantant.

Mistral, le grand chantre de cette belle et rieuse Provence, à son lit de mort, les yeux tournés vers l'horizon murmure : « Li Santo, li Santo », puis il meurt.

Gallieni meurt en saint laïque dans une clinique de Versailles en demandant jusqu'au dernier moment les dépêches venant de Douaumont et de Verdun.

Goethe meurt un beau matin de printemps en ouvrant sa fenêtre et en murmurant ces mots :

« Dass mehr Licht herein Komme! »

(« Qu'il entre plus de lumière! »)

Ce sont là, en effet, de belles morts, telles que nous autres médecins, compagnons de la dernière heure, nous souhaiterions à nos malades et que Sully Prudhomme a retracées dans un de ses beaux poèmes, chef-d'œuvre incomparable de lyrisme français :

Vous qui m'aiderez dans mon agonie

Ne me dites rien!

Faites que j'entende un peu d'harmonie

Et je mourrai bien.

La musique enchante, apaise et délie

Des choses d'en bas

Bercez ma douleur; je vous en supplie

Ne lui parlez pas.

Je suis las des mots, je suis las d'entendre

Ce qui peut mentir.

J'aime mieux les sons, qu'au lieu de comprendre

Je n'ai qu'à sentir.

Vous irez chercher ma pauvre nourrice
 Qui mène un troupeau,
Et vous lui direz que c'est un caprice
 Au bord du tombeau,

D'entendre chanter, tout bas, de sa bouche,
 Un air d'autrefois,
Simple et monotone, un doux air qui touche
 Avec peu de voix.

Vous qui m'aiderez dans mon agonie
 Ne me dites rien,
Faites que j'entende un peu d'harmonie
 Et je mourrai bien.,

CONCLUSIONS

I. — L'euthanasie est la mort douce sans souffrances.

L'euthanasie naturelle est la mort physiologique avec agonie tranquille.

L'euthanasie artificielle ou provoquée est la mort sans souffrances grâce aux substances calmantes et stupéfiantes.

II. — L'étude historique et légale nous montre que l'euthanasie a été combattue par la plupart des peuples modernes et que, si elle a été pratiquée par les peuples primitifs, elle répondait généralement à une nécessité économique ou alimentaire par suppression des bouches inutiles.

III. — L'agonie peut se définir : un combat entre la vie et la mort, mais une lutte inégale où la mort a manifestement le dessus.

IV. — Il y a des agonies conscientes, douloureuses, et des agonies inconscientes, avec perte complète du sentiment.

V. — Les partisans de l'euthanasie basent leur théorie sur l'incurabilité, l'agonie douloureuse, la mort imminente.

Les médecins opposent à l'euthanasie quatre grands arguments :

- a) la vocation médicale;
- b) les traditions médicales;
- c) la religion;
- d) les erreurs de diagnostic et de pronostic.

VI. — Le rôle du médecin doit être vitaliste. Il se résume dans ce précepte de déontologie :

- « Guérir quand il peut,
- » Soulager quand même,
- » Consoler toujours,
- » Tuer jamais. »

Vu, *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

R. CRUCHET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 17 novembre 1928,

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

A. — MÉDICALE.

- ALBERTI. — Dissersatio de dysthanasia medica de euthanasia. Halœ, 1735.
- ARETÉE. — De curatione morborum acutorum. Edition Boerhave, Leyde, 1736.
- B... (Dr). — L'euthanasie. *Bulletin général de thérapeutique*, juin 1913.
- BALDWIN. — Natural right to natural death. *St-Paul med. Journal*, 1899, I.
- BALLARD (J.). — Comment meurent les épileptiques. Thèse Paris, 1897-98.
- BÉRANGER (A.). — Considérations psychologiques sur l'agonie avec quelques applications médico-légales. Thèse Lyon, 1898.
- BÉRARD. — Psychologie des tuberculeux. Thèse Lyon, 1902.
- BERTHOLEY. — Le devoir du médecin dans les cas désespérés. Le médecin a-t-il le droit de se servir de l'euthanasie pour abréger sa souffrance. Thèse Lyon, 1917.
- BESCHNETZ. — De euthanasia medica. Berolini, 1832.
- BICHAT. — Recherches psychologiques sur la vie et la mort. Paris, 1829.
- BILLON. — Essai sur la dysthanasie. Thèse Paris, 1820.
- BINDING et HOCHÉ. — Die freigabe der vernichtung lebensunwerten Lebens (Leipzig, Mener, 1920, in-8°, 62 p.).
- BOËNS. — Traitement de l'agonie. *Bulletin Académie royale de Belgique*, Bruxelles, 1874.
- Nouvelles remarques sur l'agonie, Bruxelles, 1874.

- BOUQUET. — Le droit à la mort. *Monde médical*, 1912.
— Le médecin et l'agonie. *Presse médicale*, févr. 1913.
— Encore l'euthanasie. *Monde médical*, 1924.
- BROUARDEL. — La responsabilité médicale. Paris, 1898.
- BROWN-SÉQUARD. — Recherches sur la possibilité de rappeler temporairement à la vie des individus mourant de maladies. *Journal Physiologie*, Paris, 1858.
- C... (L.). — Enquête sur l'euthanasie. *Gazette médicale*, Paris, 1904.
- CASTEX. — La douleur physique. Thèse Paris, 1904-1905.
- CHANDLAIR. — Cocaine for euthanasia. *Lancet*, London, 1924, II.
- CORIVEAUD. — L'euthanasie et les médecins. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1905.
- COWLEY. — La eutanasia. *Revue med. et chir. de la Habana*, 1917.
- DASTRE. — Les anesthésiques. Paris, 1890.
— La vie et la mort.
- DECOUX. — Quelques considérations sur l'agonie. Thèse Paris, 1870.
- DRUDE. — On euthanasia. *Feoria m. Mouthl*, 1881-82.
- EGBERTH (U.). — Longevity and euthanasia. *Hygiene gaz.*, New-York, 1894.
- EUTHANASIA. — Edit. Wien med. Berlin, 1888.
— Practionner. London, 1896.
— Degenerated sympathy. *Boston med. Journal*, 1906.
— Edit. *British med. Journal*, 1906.
- FORGET. — Du traitement de l'agonie. *Bulletin général thérapeutique*, Paris, 1853.
- FORGUE. — Au seuil de la chirurgie. *Euthanasie*, Paris, 1927.
- GARNIER et DELAMARRE. — Dictionnaire des termes techniques de médecine. Paris, 1923.
- GAUDUCHEAU. — Sur l'agonie. Thèse Paris, 1870.
- GELLY. — De l'agonie. Thèse Strasbourg, 1861.
- GODDARD. — Suggestions in favour of terminating absolutely hopeless cases of injury or disease. *Med. Times and Hospital Gaz.*, London, 1901.
- GOEPPERT. — Euthanasia in Kindesalter. *Berlin Klin. Wien*, 1918.
- GOETZ. — De euthanasia. *Qualis medicorum est. Rostochii*, 1841.
- GRASSET. — Devoirs et périls biologiques. Montpellier.

- GUERMONPRÉZ. — Assassinat médical. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1904.
- HANAUER. — Euthanasie. *Therapeutische Monatshefte*, Berlin, 1917.
- HAUFF. — De euthanasia. *Herbipoli*, 1843.
- HAZARD. — Euthanasia. The recent deaths at the St-Louis Country Jusane azylium over dove of conium. *St-Louis clinic. Rew.*, 1875.
- HENNIC. — De dysthanasia medica von Schwheren Tod. Thèse Magdebourg, 1735.
- HERZOG. — Euthanasie. *Med. legal Journal*, New-York, 1918.
- HEYN. — Sterbehilfe. *Zeitschrift. Mediz Beamte*, Berlin, 1921.
- HITCHCOCK. — Euthanasia. *T. Maine med. Association Portland*, 1889.
- HUGUENIN (P.). — Erleichterung des toderkampfes. *Krankenpflege*. Berlin, 1901.
- JACCOUD. — Agonie. *Nouveau dictionnaire de méd. et chirurgie pratique*, Paris, 1864.
- JACOBI. — Euthanasia. *Med. Rewiew of Rewiews*, New-York, 1912.
- JAHN. — De euthanasia. Thèse de Kilice, 1839.
- JENTINE (A.). — De promovenda euthanasia Cray ad Rhenum, 1892.
- JUHEL RENOUY. — Vie professionnelle et devoirs du médecin. Paris, 1892.
- KESSLER. — De euthanasia medica sive de moribundorum adjuvantorum ratione. Berolini, 1828.
- KLOHSS. — Hullen der Tod zu erleichten brushotuck eim grossern schrift. Berlin, 1832.
- KOFFING. — De euthanasia, 1612.
- LACASSAGNE. — Précis de médecine légale.
- LAUMONIER. — Euthanasie. *Gazette méd. des hôpitaux*, Paris, 1913.
- LEGENDRE. — Les moyens de combattre la douleur. *Clinique*, Paris, 1909.
- LEGRAND DU SAULLE. — Des approches de la mort; de leur influence sur les facultés de l'intelligence et sur les actes de la dernière volonté. *Gaz. hôpitaux*, Paris, 1861.
- LERICHE. — Chirurgie de la douleur et ses résultats. *Presse médicale*, 20 avril-4 mai 1927.

- LICOKE. — Dem Tode vert fallen. *Fortsh med. Journal*, Berlin, 1917-1918.
- LINDSAY. — Dangers moraux de l'euthanasie. *Scientia Bologna*, 1918.
- LITTRÉ et GILBERT. — Dictionnaire de médecine.
- MARX (C.-P.). — De euthanasia medica. Thèse de Gottingœ.
- Ueber die euthanasie. Berlin, 1827.
- MEIREILLES. — Euthanasia. *Boletino da academia de medicina*, Rio de Janeiro, 1920.
- MENDELSSOHN. — Ueber die euthanasie. *Zeitsch. Kranker*, Berlin, 1897.
- MICHAUT. — Psychologie du malade. *Chronique méd. Paris*, sept. 1898.
- Pour devenir médecin.
- MONJARDINO. — A proposition da euthanasia. *Bresil medical*, Rio de Janeiro, 1920.
- MORACHE. — La profession médicale, ses devoirs, ses droits. Paris, 1901.
- Naissance et mort. Soc. biologie et méd. légale, Paris, 1904.
- La Responsabilité. Paris, 1906.
- MUNK. — Euthanasia or medical treatment in aid of an easy death. London et New York, 1887.
- NASS (L.). — Euthanasie. Poésie dédiée à Ch. Richet. *La vie médicale*, 1920.
- NETTER. — Vues nouvelles sur le choléra. Résurrection des agonisants par injections aqueuses. Mention de l'Institut, Paris, 1874.
- OSLER (Sir William). — Science and Immortality.
- PELCKMANN. — Euthanasie. *Manats chrift für kriminal Psychol.*, Heidelberg, 1923.
- PFEIFFER. — De euthanasia medica. Berolini, 1839.
- PINILLIA. — Hay derecho à la muerte. *Med. Ibero*, Madrid, 1918.
- PLANTIER. — Les rescapés en médecine. *Paris médical*, avril 1913.
- RAGONNEAU. — Considérations sur l'agonie. Thèse Paris, 1817.
- RAUZIER. — La longévitè. *Revue de vulg. scient.*, Marseille, 1908.
- RÉCAMIER. — De l'assistance aux maladies incurables. Conf. internationale pour étude du cancer. Paris, 1910.

- REGNAULT. — L'euthanasie. *Æsculape*, Paris, 1913.
- RENON. — Valeur actuelle de la thérapeutique antituberculeuse, 1913.
- Devoirs du médecin vis-à-vis des malades. *Revue vulg. scient.*, Marseille, oct. 1909.
- RIVA-ROCCI. — La cura dell'agonia. *Gaz. Med. de Torino*, 1896.
- ROBINEAU. — La cordotomie. *Journal de chirurgie*, 1^{er} juill. 1927.
- ROBINSON. — Euthanasia. *Med. Ph. critic.*, New-York, 1913.
- ROCHE. — Euthanasie. *Rev. vulg. scient.*, Marseille, juill. 1909.
- RODIET. — *Gazette médicale de Paris*, 1914.
- ROSENBERG et AROSTAM. — Euthanasia. Medico-legal Study. *Journal of Amer. med. Assoc.*, Chicago, 1913.
- ROSHEM. — Euthanasie. *Paris médical*, 1913-1914.
- ROUBAUD. — Absence de douleur dans la mort. *Gazette hôpitaux de Paris*, 1847.
- SALIVAS. — De l'influence morale exercée sur l'état mental par l'approche de la mort. Thèse Bordeaux, 1883.
- SALZMANN. — De euthanasia medicæ. Thèse Berolini, 1835.
- SCHAFFRATH. — Die euthanasie, Bonn, 1869.
- SCHOUBANER. — Die euthanasie, Pestini, 1820.
- SCHRIEVER. — De euthanasie, Berolini, 1836.
- SCHULLE. — Zur psychologie and euthanasia. *Arch. med. Erfahr.*, Berlin, 1832.
- SCHULTZ. — De euthanasia medica von leichben Tod. Thèse Magdebourg, 1735.
- SEVAL (J.). — Euthanasie. *Information médicale*, févr. 1927.
- SICARD (E.). — Essai sur l'euthanasie. Thèse Montpellier, 1913.
- L'euthanasie. *Æsculape*, Paris, 1913.
- STELZNER. — Ein Beitrag zur materie von der verhütung unwerten Lebens (*Münchenen Med. Woch.*, 1925).
- STUBENDORFF. — De euthanasia medica, 1836.
- THIERY. — La vie de l'homme respectée et défendue dans ses derniers moments. Paris, 1787.
- THWING. — Euthanasia in articulo mortis. *Med. leg. J. New-York*, 1888.

- TOLLEMACHE (L.). — Guérison des incurables. *Fornightly Review*, févr. 1873.
- Pierres d'achoppement. Londres, 1895.
- TOURDES. — Précis de médecine légale.
- VECCHIO (DEL). — L'eutanasia et l'uccisione del conzensiete. *Scuola positiva*, Milano, 1926.
- VON BOENIGK. — Euthanasia. *Deutsche Revue*, Stuttgart et Leipzig, 1921.
- VON OLSHAUSEN. — Recht auf Sterbehilfe. *Mediz. Klin.*, Berlin, 1915.
- WALTER. — Ueber die physiologischen grundlagen der naturlichen euthanasie. *Münchener mediz. Woch.*, 1925.
- WAZENASFT. — Euthanasy. *Pacific med. et surg. Journal*, San Francisco, 1873.
- WELLS. — Is euthanasia ever justifiable ? *Transactions of the med. legal Society*, London, 1906-07.
- WILLIAMS. — Euthanasia. *Med. et surgical reporter*, Philadelphie, 1894.
- ZIEMSEN. — De euthanasia, *Griphix*, 1845.

B. — LITTÉRAIRE.

..

- BACON (F.). — Progrès de la science.
- BEC (L.). — Faut-il laisser mourir les vieillards ? *Monde nouveau*, 15 nov. 1926.
- BENSON (R.-H.). — Le Maître de la Terre. Traduction française de Th. de Wyrewa.
- BERTON. — Sur le droit de tuer (théâtre).
- BINET-SANGLE. — L'art de mourir. Défense et technique du suicide secondé. Paris, 1919.
- BINET-WALMER. — La créature. Paris, 1913.
- BODD (Ed.). — Sacrifiée.
- BOURGET (P.). — Un cas de conscience.
- CUREL (F. DE). — La nouvelle Idole.
- DELORME (J.-Simon). — Plutôt souffrir.
- EGGER. — Le moi des mourants. *Revue de philosophie*, Paris, 1894.

- FAGUET (E.). — Le juste suicide. *Gil-Blas*, sept. 1913.
- FERÉ. — Etat mental des mourants. *Revue philosophie*, Paris, 1898.
- FLORUS. — Histoire Romaine, liv. IV, chap. XII.
- GALTIER (J.). — L'euthanasie. *Le Temps*, juin 1913.
- GRASSET. — La fin de la vie. *Revue philosophie*, 1^{er} août 1903.
- GRAVIER et LEBRET. — Le droit de mort (théâtre).
- GROC (R.). — Assassinat légal (théâtre).
- GUERMONPREZ. — L'assassinat médical et le respect de la vie humaine, Paris, 1904.
- HASTINGS. — Encyclopedia of Religion and Ethics art. « Euthanasia », t. V, 1913.
- HELME (F.). — Le médecin maître de l'heure ou l'euthanasie légale. *Le Temps*, 2 nov. 1913.
- HOTZ (C.). — Le droit de tuer. *Revue de vulgarisation des sciences médicales de Marseille*, mars-juill. 1909.
- JUNIUS (*Le billet de*). — *Echo de Paris*, juin 1913.
- LABOUNE. — Comment on se défend contre la douleur : la lutte victorieuse contre la souffrance dans la plupart des maux. Paris, 1901.
- LAROUSSE. — Euthanasie. Dictionnaire de langue française.
- LIVON. — Doit-on avertir un malade de sa fin prochaine ? Enquête du *Feu*, 1914.
- LUBLOCK. — Le bonheur de vivre. Paris, 1907.
- MAUPASSANT (Guy de). — L'endormeuse.
- METCHNIKOFF. — Essai sur la nature humaine. Essai de philosophie optimiste. Paris, 1908.
- METERLINCK (M.). — La Mort. Paris, 1913.
- MONTORGUEIL. — Enquête de l'*Eclair*, Paris, 1914.
- MORUS (Th.). — Du meilleur gouvernement possible ou la nouvelle isle d'Utopie (xvi^e siècle).
- OX. — Euthanasie. *Matin*, 25 juin 1914.
- POLLAK. — Du droit de tuer. *Revue de vulgarisation scientifique*, Marseille, juin 1909.
- REGNAULT (J.). — L'assassinat légal ou suprême charité. *Le Revue*, Paris, 1905.
- REINACH (S.). — Cultes et mythes, t. III, Paris, 1909.

SULLY PRUDHOMME. — Poèmes.

TARDIEU. — Psychologie du malade. *Revue philosophie*, juin 1898.

TÉRY (G.). — Les jours se suivent. *Le Journal*, juin 1913.

TOULOUSE. — Euthanasie. *Demain*, mai 1913.

WELLS. — Anticipations. Traduction française, 1904.

ZOLA. — Le Docteur Pascal.

